

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE **398** No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean BERTIN

Né le 4 novembre 1910 à Vitry-le-François (Marne)

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims

Contribution à l'Etude

de

L'INONDATION PÉRITONÉALE

dans le Chorio-épithéliome

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1936

808

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean BERTIN

Né le 4 novembre 1910 à Vitry-le-François (Marne)

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims

Contribution à l'Etude

de

L'INONDATION PÉRITONÉALE

dans le Chorio-épithéliome

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1936

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Cliniqu chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.
Professeurs sans chaire	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLJARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU.. Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 JUSTIN-BESANÇON, Hydro-climatolo-
 gie thérapeutique.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHEL..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TROISIER..... Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROcq Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.
 RUPPE..... Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage de filiale affection.

A MA SŒUR

MÉIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN
ACCOUCHEUR A L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse; qu'il trouve ici
mes remerciements et l'ex-
pression de mon profond
respect.*

A MON COUSIN, LE DOCTEUR FRANÇOIS RENY
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE SAINT-DIZIER

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et m'a prodigué ses con-
seils au cours de sa rédaction;
qu'il accepte mes très vifs
remerciements et mes senti-
ments affectueux.*

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE REIMS

ET DE

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS .

INTRODUCTION

En présence d'un syndrome d'inondation péritonéale, on porte presque à coup sûr le diagnostic de grossesse tubaire rompue ; les autres causes pouvant déterminer ce syndrome sont extrêmement rares. On pourra, exceptionnellement, rencontrer des hémorragies internes ayant une cause autre, ovarienne, tubaire ou utérine. Parmi ces causes rares, une place relativement importante appartient au chorio-épithéliome.

Deux cas d'inondation péritonéale au cours de cette affection, rencontrés avec le docteur François Reny, de Saint-Dizier, nous ont incité à rechercher dans la littérature médicale les cas semblables, assez peu nombreux, qui sont publiés.

Le dépouillement de ces observations nous a montré, sur plus d'un point, des différences assez sensibles avec les deux cas que nous avons observés. Ce sont même ces divergences qui nous paraissent justifier ce travail.

HISTORIQUE

La notion d'hémorragies internes dans le chorio-épithéliome est assez récente.

La première description de cette redoutable complication remonte cependant à 1909; elle fut faite par Hoermann qui, dans *Betrage fur Gebutz und Gynecologie*, relate un cas personnel et sept autres dont il a eu connaissance. En 1912, Pollosson et Viollet, dans leur rapport au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Lille, sur les chorio-épithéliomes, mentionnent la perforation utérine avec hémorragie interne, et en décrivent quatorze cas.

On est ensuite de longues années sans trouver aucun travail sur cette question, puisqu'il faut arriver à 1927 pour trouver l'article de B. Desplas et J. Barthes dans la *Semaine des hôpitaux*, où ces auteurs publient l'observation d'un cas mortel, décrivent le syndrome et insistent sur sa haute gravité.

Nous trouvons ensuite l'important article de Creyssel et Boyer, dans *Gynécologie et obstétrique* de janvier 1931, qui constitue une mise au point de la

question, suivie de l'analyse minutieuse des principaux cas publiés.

Nous n'avons trouvé depuis que les publications de cas isolés, dont ceux de Lazaresco et Platereano et de Tassovatz.

Nous avons fait à ces divers auteurs de larges emprunts; nous résumerons, à la fin, quelques-unes des observations publiées, les plus récentes ou les plus importantes.

ÉTIOLOGIE

L'hémorragie interne est loin d'être une complication fréquente du chorio-épithéliome. Les auteurs classiques évaluent à 2 % seulement le nombre des chorio-épithéliomes qui aboutissent à la perforation, les causes habituelles de mort étant la cachexie, l'exagération des signes habituels, métrorragies et infection locale, puis générale, et enfin les métastases, surtout pulmonaires. Si l'on se rappelle que le chorio-épithéliome lui-même est une affection rare, on se rendra compte que l'accident que nous étudions est une des urgences que le chirurgien rencontrera exceptionnellement.

Pour le reste, cet accident aura l'étiologie du chorio-épithéliome, c'est-à-dire qu'il se rencontrera de préférence chez des multipares âgées de 30 à 40 ans. Le chorio-épithéliome sera consécutif à une grossesse normale en tous points, à un avortement qui avait semblé banal ou à une môle hydatiforme, cette dernière éventualité représentant 50 % des cas environ.

Le développement de la tumeur se fera de quelques semaines à quelques mois après l'accouchement ou l'avortement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique est établie grâce à des constatations chirurgicales suffisamment nombreuses. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve du sang dans la cavité péritonéale; cet épanchement, formé de sang liquide et de caillots, est généralement abondant et diffuse dans tout le ventre : on trouve la forme cataclysmique beaucoup plus souvent que la forme hématocele enkystée. Rien ne différencie cette hémorragie de celle de la grossesse tubaire rompue, si ce n'est son abondance constante.

L'examen des trompes, pratiqué immédiatement, ne révèle rien de particulier; on pourrait trouver des kystes lutéiniques sur les ovaires, pratiquement leur présence n'est jamais signalée dans les observations.

L'utérus, parfois de volume normal, est souvent gros, de teinte pâle; sa surface est généralement régulière, avec parfois une déformation au niveau d'un angle; quelquefois, il existe de petites saillies formées par des tumeurs superficielles. La perforation, causée de l'hémorragie par la formation d'une solution de continuité dans un tissu spécialement

vascularisé, est généralement unique ; elle siège au niveau du fond ou d'une corne ; ses bords sont irréguliers ou bourgeonnants, le tissu néoplasique semblant faire hernie par l'orifice.

A l'intérieur de l'utérus, on trouve une tumeur du volume d'une orange au maximum, très molle, de teinte sombre, présentant un aspect truffé dû à la présence de foyers hémorragiques. Cette tumeur, sessile ou pédiculée, est implantée au niveau du fond et infiltre plus ou moins le muscle, jusqu'à faire saillie sous le péritoine et le rompre, déterminant l'accident.

Notons, comme le font Creyssel et Boyer, que la perforation n'est pas forcément une complication de la phase d'extension de la tumeur, qu'au contraire, les métastases sont exceptionnelles au moment où l'accident se produit, la perforation résultant d'un « processus térébrant localisé » et non d'un envahissement total de l'organe.

HISTOLOGIE

Sur une coupe, on considérera d'une part les éléments néoplasiques, d'autre part leurs rapports avec la caduque et le muscle utérin.

Les éléments néoplasiques, issus de l'ectoderme embryonnaire, proviennent de la prolifération des cellules syncytiales et des cellules de Langhans des villosités choriales. Ces éléments peuvent conserver une disposition qui rappelle leur organisation en villosités, mais le plus souvent, ils ont une disposition absolument atypique.

Les cellules syncytiales, les plus caractéristiques, sont formées d'amas de grosses cellules irrégulières dont le protoplasme, très sombre, prend fortement les colorants et se trouve rempli de noyaux nombreux et volumineux, en division directe ou indirecte. Les cellules de Langhans, moins fréquemment rencontrées, sont aisément reconnaissables ; ce sont des éléments cubiques, clairs, réunis en placards.

L'importance relative de ces deux sortes d'éléments est discutée : certains pensent que les cellules de

Langhans n'ont qu'une importance secondaire, alors que d'autres, comme Gast, distinguent les chorio-épithéliomes typiques qui comprennent les deux sortes de cellules, les chorio-épithéliomes atypiques, principalement langhansiens, qui seraient les plus graves, et les syncytiomes, dépourvus de cellules de Langhans, qui ne donneraient pas de métastases.

Du côté de la cavité utérine, il y a souvent une couche nécrotique où les éléments spécifiques se trouvent dans des lacs, à côté de leucocytes en pcynose, d'hématies altérées, de pigments et de microbes traduisant l'infection de la tumeur.

Pour ce qui est des rapports avec la paroi utérine, il existe des cas où la caduque réagit en s'épaississant et emprisonne la tumeur comme dans la môle hydatiforme ; ces cas, correspondant à ce que Couvelaire a décrit sous le nom de chorio-épithéliome bénin, sont exceptionnels. Le caractère de la tumeur est au contraire de s'infiltrer dans le muscle utérin. Cet envahissement de l'organe se fait soit par infiltration le long des espaces interfasciculaires, soit par l'intermédiaire des veines.

Les métastases, si fréquentes, ne se font jamais par voie lymphatique, mais toujours par voie veineuse, comme dans les sarcomes, avec lesquels cette tumeur épithéliale a été longtemps confondue.

Enfin, mentionnons les cas décrits sous le nom de

chorio-épithéliomes primitifs extra-placentaires, où une tumeur histologiquement chorio-épithéliomateuse se développe sans altération préalable de l'utérus ni des trompes¹. Pour interpréter ces faits, déjà signalés par Pick en 1897, Letulle admet que des masses plasmotomiales seraient embolisées dans le sang maternel au cours d'une grossesse normale, et qu'à partir de ces masses pourrait ultérieurement se développer une tumeur chorio-épithéliomateuse, sans foyer génital. Nous nous demandons si nos deux observations dans lesquelles on trouve une tumeur sous-péritonéale avec intégrité de la surface endo-utérine, sans tumeur dans la cavité, sans perforation véritable de l'utérus, ne correspondent pas justement à des formes extra-placentaires de chorio-épithéliomes.

1. Lapointe, Cain et Darfeuil, *Chorio-épithéliome de l'intestin sans foyer génital primitif*.

SYMPTOMATOLOGIE

Avant qu'éclate l'accident brutal que nous étudions, la malade aura généralement présenté des troubles trahissant l'évolution d'un chorio-épithéliome. Ces signes pourront manquer ou être discrets, au point de ne pas être remarqués par la malade.

D'abord, dans tous les cas, on aura la notion d'un accouchement, d'un avortement molaire ou d'un avortement banal remontant à quelques semaines ou quelques mois. Depuis cette date, la femme aura présenté des métrorragies, d'abord légères et intermittentes, puis plus abondantes et continues, avec poussées paroxystiques. Aux hémorragies se seront ajoutés souvent des accidents d'infection; l'écoulement sera devenu roussâtre, fétide et il pourra se produire une fièvre irrégulière accompagnée de frissons.

L'état général sera déjà un peu altéré; la malade aura maigri et se sentira fatiguée. Il n'y aura eu, le plus souvent, aucune douleur.

C'est alors que la malade est prise d'une douleur extrêmement violente, syncopale, siégeant dans le

bas-ventre, accompagnée de vomissements ou de nausées. Cette douleur devient ensuite moins vive, mais persiste, sourde et diffuse, dans tout l'abdomen ; elle s'accompagne d'un état de choc dont la durée traduit l'hémorragie interne. La malade reste angoissée, d'une pâleur extrême ; les lèvres et les conjonctives sont décolorées, les yeux cernés ; elle présente une dyspnée parfois vive et sa peau se couvre d'une sueur froide ; elle se plaint de tintements d'oreilles, de vertiges et d'éblouissements, tandis que ses extrémités se refroidissent et que son pouls devient rapide et défaillant. On se trouve en présence du tableau classique de l'inondation péritonéale.

Le palper donne peu de renseignements : sensibilité abdominale s'accompagnant tantôt d'une légère défense, tantôt de ballonnement. Au toucher, on trouve un utérus augmenté de volume, plus ou moins bosselé ; le col est quelquefois entr'ouvert et ramolli. Exceptionnellement, le toucher entra-cervical permet de sentir une tumeur mollassse.

Creyssel et Boyer résument le tableau clinique en décrivant leur triade symptomatique :

1° L'existence, dans certains cas, d'antécédents spéciaux, tels qu'une môle et d'accidents antérieurs, tels que des métrorragies ;

2° Le caractère particulièrement brutal et grave du syndrome d'hémorragie interne ;

3^o L'existence de certaines discordances symptomatiques, telles que la coïncidence d'un syndrome d'hémorragie interne avec la constatation d'un gros utérus.

Cette description correspond sans doute à la généralité des cas, mais on ne trouve pas toujours un ensemble de signes aussi complet ; nos deux observations en sont un exemple.

A ces signes fournis par la clinique, on ajoutera quelquefois les résultats de la réaction biologique de la grossesse ; la réaction d'Asheim et Zondeck est toujours fortement positive dans les cas de chorio-épithéliome.

Il est évidemment de peu d'intérêt de la rechercher en présence d'un état qui commande une intervention immédiate, mais sa persistance après l'intervention permet de porter un mauvais pronostic. Il en était ainsi dans l'observation de Tassovatz que nous rapportons plus loin, où une réaction positive, quinze jours après l'opération, fit porter un pronostic sombre, rapidement vérifié.

ÉVOLUTION

En l'absence d'intervention, la mort surviendrait rapidement, après plusieurs syncopes, dans un état d'anémie suraiguë.

Exceptionnellement, la formation d'adhérences pourra aveugler la perforation et arrêter l'hémorragie, mais l'accident se reproduira du fait de l'évolution de la tumeur. Ainsi, au cours d'une intervention, B. Desplas et J. Barthes trouvent, à côté d'une perforation qui saigne, une ancienne perforation protégée par des adhérences péritonéales.

DIAGNOSTIC

En dehors des cas où la notion d'un avortement molaire dans les mois précédents fera penser au chorio-épithéliome, le diagnostic ne sera presque jamais fait avant l'intervention. On opérera pour une grossesse tubaire rompue, et on aura la surprise de trouver des annexes saines et une lésion sur l'utérus. En effet, dans la grossesse tubaire, comme dans le chorio-épithéliome, un retard de règles, souvent léger, peut être masqué par des métrorragies ; dans les deux cas, l'accident est brutal, les signes généraux sont les mêmes, et si dans quelques cas la recherche minutieuse des signes locaux a permis de soupçonner le chorio-épithéliome, le plus souvent, on ne pensera qu'à l'accident le plus fréquent, à la rupture de grossesse tubaire.

On pourrait encore penser à une déchirure utérine au cours d'un cancer de l'utérus, mais celle-ci, très rare, ne survient qu'à la phase terminale, alors que la cachexie avancée et la constatation d'une tumeur ayant envahi le petit bassin, rendent le diagnostic

facile. De même, la rupture d'un utérus gravide pathologique, principalement cancéreux, ne se produit généralement que lorsque la grossesse, déjà avancée, a pu être diagnostiquée.

Devant une femme choquée, présentant des signes généraux graves et des pertes sanglantes, un diagnostic qui peut encore être discuté est celui de perforation utérine au cours de manœuvres abortives. Cette hypothèse peut s'imposer à l'esprit dans les cas où l'on a peu de renseignements sur les antécédents ou lorsqu'on a des raisons de n'accorder qu'un crédit limité aux dires de la femme et de son entourage.

Exceptionnellement, d'autres accidents comme la torsion du kyste de l'ovaire, qui donne des douleurs, et un choc pouvant en imposer pour une hémorragie interne, seront à discuter.

En résumé, on hésitera souvent entre plusieurs grands syndromes abdominaux. Cette incertitude est, en somme, de peu d'importance, puisque, dans chaque cas, on devra pratiquer d'urgence une laparatomie, opération qui corrigera au besoin le diagnostic et permettra d'appliquer le traitement approprié.

PRONOSTIC

L'opération est grave, puisque chez une malade saignée à blanc et déjà affaiblie par le développement d'une tumeur, on devra pratiquer, au lieu de la simple ablation d'une trompe, une hystérectomie; on ne s'étonnera pas que les décès au cours de l'intervention soient fréquents. De plus, l'opération étant menée avec succès, on pourra toujours voir se développer une récurrence ou une métastase pulmonaire ou vulvo-vaginale. Le pronostic, tant immédiat qu'éloigné, est donc assez sombre. C'est ainsi que Creyssel, sur 14 cas, donne 6 morts au cours de l'intervention ou immédiatement après; 5 cas où la mort est survenue en quelques mois, et un seul cas de guérison persistant après plusieurs années, et encore après une récurrence guérie par la radiothérapie; deux opérées avaient été perdues de vue.

Il semble cependant que l'on revienne un peu sur le mauvais pronostic de l'opération du chorio-épithéliome en général. Le professeur Vignes conseille l'opération dans tous les cas, même s'il existe des

métastases, car dans plusieurs cas, on aurait constaté la régression de ces dernières après extirpation du foyer initial : « Les guérisons définitives sont assez fréquentes, et ce résultat contraste avec la gravité inexorable du chorio-épithéliome non opéré ».

Or nous avons vu que la perforation pouvait se voir au début du développement de la tumeur et n'était pas spécialement le fait de son extension. D'autre part, il semble qu'il y ait des cas où, comme dans nos deux observations, le noyau néoplasique se développe d'emblée sous-péritonéal. Dans ces cas, l'inondation péritonéale révélera une tumeur qui, sans sa production, aurait pu évoluer encore longtemps d'une façon silencieuse, et provoquera une intervention immédiate. L'accident dramatique pourra ainsi devenir quelquefois une circonstance relativement favorable en provoquant une opération précoce du chorio-épithéliome.

TRAITEMENT

Le seul traitement est l'hystérectomie abdominale d'urgence. On fera généralement une hystérectomie totale, opération logique dans une tumeur cancéreuse, mais les cas où des subtotaux ont été pratiqués ne semblent pas de ce fait avoir vu leurs suites compromises. L'opération se terminera par la toilette du péritoine; elle devra être aussi rapide que possible vu l'état précaire de la femme.

On luttera ensuite contre le choc et l'anémie aiguë par les moyens habituels : injections de sérum physiologique, de sérum de Normet et, si c'est nécessaire, par des transfusions.

L'opérée devra être revue périodiquement pour pouvoir déceler à ses débuts la production d'une récurrence ou d'une métastase. Dans ces derniers cas, nous ne sommes pas désarmés complètement, car on connaît des cas de régression et même de guérisons durables sous l'effet des irradiations aux rayons X et des applications de radium.

OBSERVATIONS

Observation 1

(du Docteur François Reny, de Saint-Dizier)

Mme A., de Pont-Varin, âgée de 35 ans, est envoyée d'urgence à l'hôpital de Saint-Dizier le 14 novembre 1929, par son médecin, le Docteur de Sartiges, de Wassy, dans un état d'anémie particulièrement grave qui rend difficile tout interrogatoire.

Elle peut dire cependant qu'elle a accouché normalement, il y a deux mois, d'un enfant à terme, et que les suites de couches ont été normales. Brusquement le 14 novembre à midi, elle ressent une violente douleur dans le bas ventre, suivie rapidement d'un état syncopal. Elle est vue par son médecin ; trois heures après il l'envoie immédiatement au chirurgien, pensant à une grossesse extra-utérine rompue.

A l'entrée dans le service, la température est 36°8, le pouls à 140°, très petit ; l'abdomen ballonné, est légèrement mat à l'hypogastre et dans les flancs.

Il n'y a pas de métrorragies, le col utérin est légèrement ouvert. Le palper est très douloureux et ne permet pas la délimitation du fond utérin, le Douglas est très douloureux et bombant.

On se trouve donc en présence d'un syndrome d'hémorragie intrapéritonéale, et le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine semble devoir s'imposer.

La malade est opérée immédiatement sous anesthésie générale légère au mélange de Schleich ; une laparatomie

médiane sous-ombilicale est pratiquée. On trouve du sang dans le péritoine.

Le chirurgien explore rapidement les annexes et est étonné de les trouver absolument normales. Par contre, au niveau du fond utérin, tout près de la corne droite il aperçoit une déchirure à bords déchiquetés qui saigne abondamment. Pensant à une perforation utérine au cours de manœuvres abortives, on pratique immédiatement une hystérectomie subtotala, suivie de péritonisation rapide, et de l'évacuation rapide de la plus grande partie des caillots intra-péritonéaux. La paroi est fermée en un plan aux fils de bronze, sans drainage. La guérison a lieu sans incidents.

A l'examen de la pièce anatomique, il s'agit d'un utérus de taille normale. L'ouverture de la cavité utérine montre que celle-ci est normale, et qu'en particulier la muqueuse est absolument intacte ; mais il existe dans la couche musculaire sous-séreuse une petite masse arrondie, du volume d'une noisette, ouverte au niveau du péritoine du fond utérin. Il ne s'agit donc pas de perforation par manœuvres abortives, et c'est l'examen histologique de la pièce qui permet d'établir le diagnostic. Cet examen, pratiqué par le Docteur Colson, de Nancy, donne les renseignements suivants : « Le fragment examiné est constitué par du tissu myométrial en tourbillons, formé de fibroblastes adultes ; il est vascularisé par de nombreuses artérioles à parois fortement sclérosées. A l'intérieur de ce tissu il existe des traînées de grosses cellules semblables aux cellules syncytiales et dont plusieurs présentent un noyau monstrueux. Le protoplasme de ces cellules est dégénéré, le tissu du myomètre est complètement infiltré par des cellules néoplasiques, il s'agit donc d'un chorio-épithéliome ».

Cette opérée a été revue au bout d'un an en parfaite santé ; elle a été ensuite perdue de vue.

Observation 2

(du docteur Remy, de Saint-Dizier)

Mme G., de Révigny, a subi, le 20 juillet 1933, un curage digital pour une fausse couche de deux mois, à l'hôpital de Saint-Dizier.

Elle rentre chez elle au bout de quelques jours et semble bien se porter, lorsque, le 21 août, à 2 heures du matin, son médecin la ramène d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine. La malade présente en effet tous les signes d'une inondation péritonéale foudroyante : les muqueuses sont décolorées, les extrémités refroidies, le pouls imperceptible. En interrogeant rapidement la malade, on apprend qu'elle se portait bien depuis son curage et n'avait pas eu de pertes ; elle ne perd d'ailleurs actuellement pas de sang par le vagin. L'abdomen est météorisé légèrement, sans contracture, et les flancs sont mats. Le toucher vaginal montre un col fermé.

Le diagnostic de rupture de grossesse tubaire semblant très probable, l'intervention est décidée immédiatement. On fait une laparatomie médiane sous-ombilicale, sans anesthésie au Schleisch. A l'ouverture du péritoine, un flot de sang s'échappe ; l'exploration rapide des annexes montre qu'elles sont saines. Par contre, on aperçoit, sur la face postérieure de l'utérus, une tuméfaction de la grosseur d'une noix, dont le sommet est déchiré et présente un aspect cratériforme ; il saigne abondamment.

Se rappelant le cas précédent, le docteur Remy porte alors le diagnostic d'inondation péritonéale due à l'évolution d'un chorio-épithéliome et pratique aussitôt une hystérectomie totale, rapide, suivie d'une péritonisation partielle, avec drainage vaginal et abdominal. La paroi est fermée en deux plans ; on fait 250 cc. de sérum de Normet intraveineux.

La malade est d'abord très choquée pendant vingt-quatre heures, puis les suites se passent sans incidents.

A l'examen de la pièce, on a un utérus de volume normal, le section montre, comme dans le cas précédent, que la cavité utérine est normale et que la muqueuse est intacte ; le petit noyau reconnu au cours de l'intervention est développé dans la sous-séreuse et la musculieuse externe.

L'examen histologique, fait par le docteur Colson de Nancy, donne les renseignements suivants :

« Les coupes examinées montrent trois zones distinctes :

« 1^o Une zone adjacente au péritoine, où on trouve de volumineux fragments d'un tissu constitué par des cellules syncytiales à peu près normales ;

« 2^o Une zone hémorragique contiguë à des vaisseaux artériels dont la paroi est très altérée (dans cette zone, il existe des hématies correspondant à une hémorragie plus petite et plus ancienne) ;

« 3^o La troisième zone montre le myomètre dont les faisceaux conjonctifs sont dissociés en de nombreux points par des éléments présentant eux aussi tous les caractères des cellules syncytiales, mais dont plusieurs sont atypiques et monstrueuses ;

« La cause de l'hémorragie est une rupture vasculaire artérielle qu'on peut considérer comme produite par une embolie de cellules syncytiales néoplasiques. L'infiltration du myomètre par des éléments syncytiaux appelle toutes réserves sur l'évolution, car elle correspond à ce qu'on observe dans le chorio-épithéliome ».

Cette opérée a été revue récemment en bonne santé ; sa guérison persiste donc après presque trois ans.

RÉSUMÉ DE QUELQUES OBSERVATIONS PUBLIÉES

Observation 3

(de Desplas et Barthes, Sem. hôp. de Paris, 15 janv. 1927)

Une femme enceinte pour la première fois est prise brusquement, au cours du quatrième mois, de douleurs abdominales violentes, bas situées, avec tendance syncope. Elle avait déjà présenté quelques malaises un mois auparavant. Le ventre est souple ; au toucher, on sent, sur le fond et à gauche, une masse saillante paraissant faire corps avec l'utérus. A l'intervention, on trouve un utérus gros, bosselé, adhérent en avant et présentant à sa face postérieure un gros caillot qui saigne. On pratique une hystérectomie subtotale très rapide. A ce moment, l'opérée fait une syncope mortelle.

L'examen de la pièce montre, à côté de points où le muscle utérin a sa consistance normale, des points où il est complètement transformé, remplacé par un tissu amorphe non organisé, qui pénètre le muscle plus ou moins profondément. En deux points, le péritoine est perforé : grosse perforation en arrière, de la dimension d'une pièce de deux francs, avec début de bourgeonnement du néoplasme à l'extérieur et gros caillot ; en avant, perforation moins importante, bouchée par des adhérences.

L'examen histologique confirme le diagnostic de chorio-épithéliome.

Observation 4

(de J. Creyssel et C.-E. Boyer, Gynéc. et Obst., janv. 1931)

Il s'agit d'une femme qui a subi, trois mois plus tôt, un curetage pour môle hydatiforme (les dernières règles

remontaient alors à six mois). Cette malade présente depuis des pertes rouges persistantes et des douleurs lombaires. Elle est prise brusquement, le 24 mars 1930, d'une douleur en coup de poignard dans le ventre ; le lendemain, après une période d'accalmie spontanée, les douleurs reprenant dans le bas-ventre et dans le dos, la malade est envoyée à l'Hôtel-Dieu. A l'entrée, elle présente un état d'anémie aiguë, avec muqueuses décolorées, extrémités refroidies, pouls incomptable ; la température est à 39°5. L'abdomen, tendu et douloureux, est difficile à explorer. Au toucher, on trouve un col fermé ; le fond utérin déborde la symphyse pubienne d'un travers de main, les culs-de-sac vaginaux sont douloureux et comblés par une masse dure et régulière qui paraît appartenir au corps utérin.

En présence de ce syndrome d'hémorragie interne associé à un gros utérus, avec en plus la notion d'un curetage antérieur pour môle hydatiforme, les auteurs portent le diagnostic de perforation utérine due à un chorio-épithéliome.

En effet, à l'intervention, ils trouvent, sur la partie droite du fond utérin, une déchirure aux bords irréguliers, longue de 2 centimètres, par où s'échappe du sang. Une hystérectomie totale est pratiquée, lorsque la malade présente une syncope et meurt. L'utérus, du volume d'une petite tête fœtale, a un contour régulier, après section longitudinale, on trouve implantées dans le fond utérin, deux masses tumorales arrondies et sessiles, enchassées dans le corps utérin ; leur surface est irrégulière, en chou-fleur.

Observation 5

(de G. Lazaresco et V. Platareano, Soc. de gynécologie de Bucarest, février 1932)

Une femme de 24 ans, ayant eu déjà trois grossesses et deux avortements, dont le dernier avec une môle hyda-

tiforme, présente depuis un certain temps des hémorragies abondantes, avec lipothymies répétées. Elle est prise brusquement d'une douleur violente de la fosse iliaque gauche et présente des signes d'hémorragie interne. Opérée d'urgence, on trouve du sang dans la cavité péritonéale ; et l'utérus, des dimensions d'une grossesse de quatre à cinq semaines, présente une perforation de la taille d'une pièce de cinq francs, au niveau de la corne gauche, par où fait hernie un tissu d'aspect placentaire, reconnu à l'examen histologique comme un chorio-épithéliome. Une hystérectomie subtotale est pratiquée. Vingt jours après, apparaissent des métastases dans le Douglas et le vagin, qui nécessitent un traitement par rayons X.

Observation 6

(de M. S. Tussovalz, in *Strasbourg Médical*,
du 15 octobre 1933)

Une femme de 33 ans est adressée au chirurgien avec le diagnostic de grossesse tubaire rompue ; elle a présenté, antérieurement, trois accouchements et deux avortements. Le dernier avortement, survenu après un retard de trois mois, remonte à moins de deux mois et a nécessité un curetage. Un mois après le curetage, des pertes intermittentes peu abondantes ont commencé ; depuis quelques jours, la malade ressent des douleurs lancinantes dans le bas-ventre ; le jour même, le 31 mai 1933, elle a éprouvé une douleur violente à l'hypogastre avec perte de connaissance.

A l'examen, on trouve un utérus gros et mou, un col ramolli et perméable. Au niveau de la corne utérine gauche, on palpe une tumeur très sensible, de la taille d'un petit œuf de poule ; le Douglas est bombant, la température est de 36°7, le pouls est à 132.

A l'opération, on trouve une importante quantité de sang

frais dans le ventre. Sur la face antérieure de l'utérus, au devant du ligament rond et de la corne gauche, existe une tumeur arrondie à large base, de même coloration que le reste de la paroi utérine, mais avec, au pourtour de sa base, un fin réseau vasculaire. Cette tumeur, de consistance spongieuse, présente à son sommet un orifice de perforation à bords irréguliers, de la taille d'une pièce de cinquante centimes, par où s'échappe du sang.

Les trompes sont libres et les ovaires petits ; l'ovaire gauche est porteur d'un vieux corps jaune.

Une hystérectomie subtotale est pratiquée, suivie d'une transfusion ; les suites immédiates sont assez simples. Une réaction d'Ascheim et Zondeck est pratiquée quinze jours plus tard, à la sortie de la malade, apparemment guérie ; elle est très fortement positive.

La malade revient cinq semaines plus tard, porteuse de métastases vaginales et pulmonaires et meurt peu de temps après. L'examen de la pièce avait montré un néoplasme ayant pris naissance sur la face antérieure de la cavité utérine, dont un noyau faisait saillie sous la muqueuse péritonéale au voisinage de la corne gauche. Il s'agissait d'un chorio-épithéliome typique.

CONCLUSIONS

L'inondation péritonéale est une des complications possibles du chorio-épithéliome. C'est toujours un accident grave, et la mortalité immédiate ou opératoire est élevée.

Cependant, l'accident se produit souvent alors que la tumeur n'a pris qu'un faible développement et n'a donné aucune métastase.

Dans ces conditions, si l'opération, qui reste grave, est faite à temps, elle a des chances, si elle réussit, de donner une guérison durable.

Dans tous les cas, la surveillance des malades devra être étroite et prolongée après l'opération, et l'application précoce des traitements radio et radium-thérapeutiques permettra peut-être, dans les cas moins favorables, d'améliorer le pronostic.

Vu, le Doyen :
ROUSSY.

Vu, le Président,
JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Briquet.** — *Les chorio-épithéliomes*, thèse, Nancy, 1903.
- Butano.** — « Intraperitoneal benorrhages in chorio-epitheliomes of utems » (*Zentralbl. f. Gynak*, avril 1926).
- Couvelaire et Levant.** — « Chorio-épithéliomes bénins » (*Bull. Soc. d'obstét. et de gynécol. de Paris*, mai 1925).
- Creysset et Boyer.** — « Des symptômes d'inondation péritonéale par perforation utérine consécutive à l'évolution d'un chorio-épithéliome malin » (*Gynécol. et obstétrique*, janvier 1931).
- Desplas et Barthes.** — « Une complication rare et dramatique du chorio-épithéliome, l'hémorragie intrapéritonéale par perforation utérine » (*Semaine des hôpitaux de Paris*, janvier 1927).
- Faure et Sirédey.** — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale.*
- Jeannin.** — « Les chorio-épithéliomes » (*Concours médical*, 1925).
- Keller.** — « Le chorio-épithéliome et son traitement par les rayons X » (*Gynécol. et obstétrique*, juin 1932).
- Lafargue et Boursier.** — « A propos des moyens actuels de diagnostic et de pronostic du chorio-épithéliome; importance de la réaction biologique » (*Bordeaux chirurgical*, juillet 1934).

Laporte, Cain et Darfeuil. — « Chorio-épithéliome de de l'intestin, sans foyer génital primitif » (*Ann. d'anatomie pathologique*, mai 1931).

Lazaresco et Platareano. — « Perforation utérine par chorio-épithéliome, inondation péritonéale consécutive » (*Revue française de gynécol. et d'obstétrique*, avril 1933).

Letulle. — *Anatomie pathologique.*

Maricot. — *Chorio-épithéliome malin de l'utérus*, thèse, Paris, 1927.

Perez et Jacob. — « Mola perforante, corio-epitelioma, muerte per hemorragia interna » (*Bull. Soc. obst. et gynécol de Buenos-Ayres*, octobre 1928).

Tassovatz. — « Hémorragie intrapéritonéale par perforation d'un chorio-épithéliome utérin » (*Strasbourg médical*, octobre 1935).

Vignes. — Môle hydatiforme et chorio-épithéliome » (*Semaine des hôpitaux de Paris*, octobre 1929).

